

(R6.12～)

国民健康保険 療養費(一般診療・他) 支給申請書

被 保 険 者 号 記 号 番 号	み和 A	フリガナ			
		療養を受けた 被保険者氏名			
個 人 番 号				生 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日
発病(負傷)年月日				傷 病 名	
療 養 の 原 因	☐ 第三者行為(交通事故等) ☐ 第三者行為以外(疾病等)				
療 養 期 間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 (日間)				
療養の給付を受け られなかった理由					
診療、薬剤の支給又は手当を受けた 病院、薬局等の名称及び所在地		所在地： 名 称：			
診 療 又 は 調 剤 に 従 事 し た 医 師 ， 薬 剤 師 の 氏 名		氏 名：			
療養の内容及び経過					
				療 養 に 要 し た 費 用	円

支払方法	☐ 口座振込 ☐ 窓口払い								
振 込 先 金 融 機 関			☐ 銀 行 ☐ 協同組合 ☐ 信用組合 ☐ 信用金庫 ☐ ()			☐ 本 店 ☐ 支 店 ☐ 出 張 所 ☐ 店 ☐ ()			
	金融機関 コード			店 舗 コード					
口 座 種 別	☐ 普通 ☐ 当座 ☐ 貯蓄		口 座 番 号						
口 座 名 義 人 (カタカナ)									

大 和 町 長 殿

上記のとおり療養に要した費用に関する書類を添えて申請します。

令和 年 月 日 (世帯主) 〒 -

住 所：大和町

氏 名：

個人番号：

電 話： ()

※届出者が世帯主と異なる場合は、下記に記入願います。

届出者	☐ 世帯員 ☐ その他()			
	氏 名		住 所	☐ 同上
			電話番号	

添付書類：領収書写し(又は証する書面) 通帳(又はカード)の写し 診療報酬明細書(又は療養費証明書)		☐ 国保税未納 (有・無)	受付欄(受付者：)
乳幼児(小学校就学前) ・ 65歳未満 前期70歳未満 ・ 前期70歳以上(一般・一定以上・他)			
費用額： 円	給付割合： 割	支給額： 円	